192

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Halle a. S.
Direktor: Prof. Dr. Voelcker.

JUN 19 1923

Therapie der Wirbelfracturen.

(Auszug aus der Arbeit.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Hans Jacobs

Medizinalpraktikant an der Medizinischen
Universitätsklinik zu Halle a. S.

Referent: Privatdozent Dr. Budde
Oberarzt der Klinik.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922.

Zu den traurigsten Kapiteln der chirurgischen Therapie gehören die Wirbelsäulenverletzungen, besonders diejenigen mit einer Läsion des Rückenmarkes. Die noch immer nicht herrschende Uebereinstimmung in der Behandlung dieser Frakturen, war die Veranlassung, die vorhandene Literatur zusammenzustellen, um daraus nach Möglichkeit zu einem Ergebnis zu kommen.

Die anatomischen und physiologischen Grundlagen werden kurz der Ausführung vorweg genommen. Eine rationelle Therapie stützt sich vor allem auf eine exakte Diagnose. Die Ursachen, die Symptome und die verschiedenen Formen der isolierten Wirbelbrüche werden geschildert. Konservative Therapie = Absolute Bettruhe, horizontale Lagerung, Gips-Korsett, Glissonsche Schwinge mit permanenter Belastung, dauernde Extension durch Zug am Kopf und Becken ist in Fällen ohne große Deformität indiciert. Statt der gewaltsamen Reposition der Fragmente wird ein blutiger Eingriff empfohlen, wenn nötig mit Knochentransplantation.

Die Therapie der Wirbelfrakturen mit Lähmungserscheinungen richtet sich nach der Art und dem Grade der Rückenmarksläsion und nach der Art der Wirbelfractur. Die Erscheinungen der einzelnen Rückenmarksverletzungen (Commotio, Contusio, Compressio, partielle und totale Läsion) werden etwas weiter ausgeführt, um zu dem Ergebnis zu kommen, wann und in welchen Fällen man operativ eingreifen kann. Die Ansichten verschiedener Autoren (Henle, Wagner-Stolper, Riedinger, Goldscheider, Enderlen, Kocher, König, de Quervain, Alban-Nast-Kolb, Hildebrand, Schmieden, Borchard, Braun und Lewandowsky) sind kurz wiedergegeben. Obwohl statistisch über die Behandlung der Wirbelfracturen mit Markläsion keine positiven Resultate zu erzielen sind, werden einige Zahlen über Ergebnisse der operatiren Behandlung angegeben.

Zum Schluß werden die Ergebnisse aus allem Vorstehenden in folgende Leitsätze formuliert:

1. Bei isolierten Wirbelbrüchen ohne große Deformität ist absolute Bettruhe, horizontale Lage, Glissonsche Schwinge, Extension durch Zug am Kopf und Becken indiciert.
2. Eine Reposition der Fragmente ist nur mit größter Vorsicht zu versuchen, bei schweren Brüchen und bei älteren Fracturen, die dauernd Schmerzen verursachen, ist ein blutiger Eingriff evtl. mit Knochentransplantation ratsamer.
3. Bei Wirbelbrüchen mit Rückenmarksläsion richtet sich unser therapeutisches Handeln nach der Art und dem Grade der Markschädigung und der Art der Wirbelfractur.
4. Durch neurologische, röntgenologische und allgemeine Untersuchungsmethoden ist so schnell wie möglich eine genaue Diagnose über Art und Sitz der Läsion zu stellen.
5. Ein operativer Eingriff ist bei Schädigungen, die durch Kompression oder Irritation irgendwelcher Art entstanden sind, indiciert, auch werden Zirkulationsstörungen, die durch Blutaustritt, traumatisches Ödem etc. entstanden sind, günstig beeinflußt.
6. Die Operation hat nach Klärung der Diagnose so früh wie möglich zu erfolgen, um die Cystitis, Pyelonephritis und den Dekubitus zu vermeiden.
7. Bei einer festgestellten Commotio oder Contusio wird man erst zur Operation schreiten, wenn ein Stillstand der Besserung oder eine Verschlechterung eintritt.
8. Bei sicher festgestellter Totaläsion ist eine Operation zwecklos, ist aber nur geringe Hoffnung, daß ein Teil der Erscheinungen durch Ödem oder Druck bedingt ist, so muß sofort operiert werden.